

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA

"FACTORES ASOCIADOS A LA
PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO
No 2 YARINACOA-REGION UCAYALI-PERU
PERIODO JULIO 1994 A JUNIO 1995"

PRESENTADO POR:

JESSY REATEGUI LOZANO

ASESORES:

DR. PABLO ALEGRE G.

LIC. ESTAD. PEDRO BALLENA CHUMIOQUE

JURADO CALIFICADOR



Dr. AUGUSTO LLONTOP CHUMIOQUE

Presidente del JURADO



Dr. ADAN GRANDA GRANDA

Miembro del JURADO



Obst. GABRIELA PALOMINO

Miembro del JURADO

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTIN

FACULTAD DE OBSTETRICIA



**“Factores Asociados a la Prematuridad en el
Hospital de Apoyo No. 2 Yarinacocha
Región Ucayali - Perú
Período Julio 1994 a Junio 1995”**

T E S I S

Para Optar el Título Profesional de OBSTETRIZ

PRESENTADO POR:

Bach. JESSY REATEGUI LOZANO

A S E S O R E S :

Dr. Pablo Alegre Garayar

Lic. Estad. Pedro Ballena Chumioque

TARAPOTO — PERU

1,996

CONSTANCIA DE ASESOR

El que suscribe: Dr. PABLO ALEGRE GARAYAR, declara haber asesorado y revisado la Tesis titulada: "FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO Nº 2 YARINACocha-REGION UCAYALI. PERU. PERIODO JULIO 1994 A JUNIO 1995", presentado por la Bach. en Obstetricia JESSY REATEGUI LOZANO.

Por lo que se considera apto para ser presentado a la Comisión de Investigación.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines que estime necesario.

Tarapoto, 08 de Diciembre de 1995.

.....
Dr. PABLO ALEGRE GARAYAR
ASESOR

CONSTANCIA DE ASESOR

El que suscribe: Lic. Estad. PEDRO BALLENA CHUMIOQUE, declara haber asesorado y revisado la Tesis titulada: "FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO Nº 2 YARINACocha-REGION UCAYALI. PERU. PERIODO JULIO 1994 A JUNIO 1995", presentado por la Bach. en Obstetricia JESSY REATEGUI LOZANO.

Por lo que se considera apto para ser presentado a la Comisión de Investigación.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines que estime necesario.

Tarapoto, 08 de Diciembre de 1995.

.....
Lic. Estad. PEDRO BALLENA CHUMIOQUE

ASESOR

A mis queridos padres: **HILDA**
y **EDISON**, por sus sacrificios
y por sembrar en mí el
espíritu de superación.

A mi querida hermana: **NELLY**,
por su apoyo constante, paciencia
y comprensión durante mis años de
estudiante.

AGRADECIMIENTO

A los docentes de nuestra Facultad por las sabias enseñanzas impartidas durante mi formación Profesional.

Mi sincero y profundo agradecimiento al Dr. ABNER ORTIZ ROCCA, Jefe del Servicio de Gineco-Obstetricia del Hospital de Apoyo Nº 2 Yarinacocha, por su apoyo incondicional y su experiencia profesional impartida durante el internado y las facilidades concedidas para la ejecución del presente estudio.

LA AUTORA.

I N D I C E

	Pág.
I. RESUMEN.....	1
II. INTRODUCCION.....	2
III. MATERIALES Y METODOS.....	12
IV. RESULTADOS Y DISCUSIONES.....	14
V. CONCLUSIONES.....	36
VI. RECOMENDACIONES.....	37
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	38
VIII. ANEXOS.....	41

I. RESUMEN

El nacimiento de pretérmino o prematuro es aquel cuya edad gestacional al nacer se ubica entre las 20-36 semanas calculadas desde la fecha de la última menstruación.

El presente estudio tipo descriptivo con recolección prospectiva de datos, se realizó en el Hospital de Apoyo Nº 2 Yarinacocha-Pucallpa, durante el período de Julio 1,994 a Junio 1,995; con el fin de determinar los factores asociados a la prematuridad; después de un análisis estadístico de los datos se llegó a la conclusión de que éstos son: La edad materna menor de 21 años, la ocupación ama de casa, estado civil soltera, período intergenésico menor de 2 años, anemia materna, antecedentes de aborto y parto de pretérmino previo, en las patologías de rotura prematura de membranas, infección del tracto urinario y hemorragia del tercer trimestre; siendo las causas de morbimortalidad perinatal la asfixia y la sepsis.

Recomendamos se trate de elevar el nivel socio-económico de la población, incentivar el control prenatal oportuno y adecuado y normas de atención para las pacientes de alto riesgo.

II. INTRODUCCION

Hoy en día tener una maternidad sin riesgo es un desafío importante en los países en vías de desarrollo. Es un desafío para la sociedad en conjunto que debería tratar de proporcionar seguridad para la mujer en la realización de una función fisiológica y en el cumplimiento de una responsabilidad reproductiva. Es un desafío para el servicio de salud hacerle frente al problema número uno para la mujer en edad reproductiva en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Es un desafío en particular, para todos nosotros los obstetras, a quienes las mujeres confían su vida y su salud en los momentos críticos del embarazo y del parto.

Con frecuencia se observa el nacimiento de niños de pretérmino, que significa mayor morbilidad y gastos para la institución que los atiende, así como para el núcleo familiar.

El nacimiento de un niño pretérmino se ha constituido en un problema de salud pública de máxima importancia, especialmente en los países sub-desarrollados como el nuestro (1).

Las acciones de todo profesional de salud, sobre todo los de la rama de Obstetricia deben estar dirigidos a prevenir el nacimiento antes de tiempo, para tal

efecto es necesario tener en forma precisa la situación de este problema, con el fin de poder programar o dictar medidas destinadas fundamentalmente a prevenir la ocurrencia de parto prematuro; poniendo énfasis en el control prenatal para lograr la detección precoz de los factores de riesgo y su derivación oportuna a los niveles de mayor complejidad (2).

El nacimiento de pretérmino o prematuro es aquel cuya edad gestacional al nacer se ubica entre las 20 y 36 semanas, calculadas desde el primer día de la última regla (3).

Según RUSH y col.(4), aparentemente no hay una causa determinante del trabajo de parto de pretérmino espontáneo, sin embargo las contracciones espontáneas de causa desconocida desencadenaron parto de pretérmino en aproximadamente 50% de las pacientes.

Existen muchos factores que se asocian con el parto prematuro, dentro de ellos podemos citar a: clase social baja, analfabetismo, madre soltera, excesivo esfuerzo físico de la madre durante el embarazo, antecedentes de parto prematuro, hábitos maternos, patologías asociadas al embarazo, entre otros que de cierta manera influyen en mayor o menor grado para la ocurrencia del mismo (5).

Hay una serie de condiciones maternas que aumentan

el riesgo de nacimientos de pretérmino, la embarazada menor de 15 años de ~~edad~~, tiene una alta frecuencia (15.8%) que va disminuyendo a medida que avanza la edad, entre 20 y 29 años (6.1%) con una tendencia ligera a aumentar por encima de los 40 años de edad (6).

Las alteraciones útero-cervicales congénitas o adquiridas, la sobredistensión uterina (Hidramnios, embarazo múltiple), así como la ruptura prematura de membranas ovulares e hipertensión arterial, aumentan el riesgo de parto de pretérmino (7).

Algunos factores condicionantes que influyen significativamente en la prematuridad son: edad materna menor de 20 y mayor de 29 años, falta de control prenatal, gestación múltiple, infección del tracto urinario (ITU), ruptura prematura de membranas (8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20).

SILVA (17) en un estudio representado por casos de gestantes de 35 años y más, concluyeron que éstas, tienen mayor riesgo de morbilidad materna y de tener un recién nacido prematuro.✎

En un estudio realizado en 1980 en el Hospital de Apoyo Nº II IPSS - Tarapoto, se encontró que el mayor porcentaje de partos de pretérmino ocurrió entre los 15 y 30 años de edad (74.15%) (14).

PITKIN (13), encontró una incidencia de partos prematuros de 6 y 8%.

MORAN (21), en un estudio prospectivo realizado en el Hospital General de Medellín, Colombia en 1990, encontró una tasa de prematuridad de 5.7%.

MOSCONA (12), refiere que la causa de muerte neonatal era debida a la prematurez en un 64.9%. En múltiples estudios realizados, se concluyó que en relación a la edad, las gestantes menores de 19 años y mayores de 35 tienen un mayor riesgo de presentar parto prematuro (6, 7, 17, 22).

OVALLES (15), comprobó que el porcentaje de partos prematuros aumentaron en relación inversa al status económico, desnutrición materna, tabaquismo, menores de 19 años y mayores de 35 años.

GOMEZ (10), indica que el parto prematuro constituye la causa más importante de morbilidad neonatal. A pesar de los adelantos recientes en los cuidados respiratorios, la enfermedad de membrana hialina, constituye la causa principal de muerte en el neonato prematuro, por lo que cualquier esfuerzo destinado a prevenir la prematuridad será de gran beneficio.

GOMEZ (10), reporta que las causas más frecuentes de morbilidad en los recién nacidos pretérmino son: síndrome de dificultad respiratoria (SDR), asfixia, sepsis.

WELDT y col. (23), encontraron que la morbilidad más frecuente es la ictericia (54.6%), seguida del síndrome de dificultad respiratoria (9.3%).

BACHERER (8), encontró que la mayoría de los recién nacidos tuvieron una edad gestacional de 30 semanas.

El riesgo de un producto de pretérmino de padecer membrana hialina es 14.4 veces mayor que en los productos de término (24).

Según PACHECO (16), el estudio de los factores de riesgo que predisponen al nacimiento pretérmino, es un punto de partida esencial que debe permitir un mejor planteamiento y desarrollo de los cuidados obstétricos que contribuyan a reducir esta complicación.

Las acciones de todo profesional de salud, sobre todo los de la rama de obstetricia deben estar dirigidas a prevenir el nacimiento antes de tiempo, para tal efecto es necesario conocer en forma precisa la magnitud del problema, sobre todo los factores asociados a su presentación ya que sólo conociendo e identificándolos

se puede actuar sobre ellos y prevenir las complicaciones y los problemas que de éstos se deriven.

Ante toda estas situaciones nos hemos planteado la siguiente interrogante que sirvió de base para nuestro estudio, ¿Cuáles son los factores asociados al parto prematuro en el Hospital de Apoyo Nº 2 Yarinacocha-Ucayali?.

2.1. OBJETIVOS

2.1.1. Objetivo General

Identificar los factores asociados del parto prematuro.

2.1.2. Objetivos Específicos

- a. Determinar la frecuencia de prematuridad en el Hospital de Apoyo Nº 2 Yarinacocha-Pucallpa.
- b. Establecer los factores asociados a prematuridad.
- c. Determinar las principales causas de morbimortalidad en recién nacidos prematuros.

2.2. FORMULACION DE HIPOTESIS

2.2.1. HIPOTESIS DE INVESTIGACION

Existirá relación entre los factores maternos asociados y la presencia de partos prematuros en el Hospital de Apoyo Nº 2 Yarinacocha-Pucallpa.

2.2.2. HIPOTESIS ESTADISTICA:

HIPOTESIS NULA (H_0): La presencia de los factores asociados de la madre, no presentarán diferencias estadísticamente significativas respecto a la ocurrencia de partos prematuros.

HIPOTESIS ALTERNATIVA (H_a): La presencia de los factores asociados de la madre, presentarán diferencias estadísticamente significativas respecto a la ocurrencia de partos prematuros.

HIPOTESIS GENERAL DE ESTUDIO

Las gestantes con los factores asociados (determinado en los términos operacionales) tendrán mayor riesgo de presentar parto prematuro que aquellas gestantes que no tienen estos factores asociados.

2.3. IDENTIFICACION DE VARIABLES

- A. Partos prematuros (Y)
- B. Factores asociados a la prematuridad (X); los cuales tienen subvariables que se indican en los términos operacionales.

2.4. TERMINOS OPERACIONALES

2.4.1. Grado de Instrucción

Escolaridad referida por las gestantes al momento de la recolección de datos, de significancia para el estudio el analfabetismo o con primaria incompleta.

2.4.2. Estado Civil

Se refiere a la convivencia de la mujer con su pareja ante la ley y la sociedad o solamente considera padre del hijo que está gestando. De importancia para el estudio aquella mujer que vive sola, sea soltera, divorciada o viuda.

2.4.3. Antecedentes de Parto Prematuro

La existencia de uno o más partos previos al embarazo actual (20-36 semanas), de significancia para el estudio, aquella que tenga uno o más partos prematuros.

2.4.4. Anemia

Existe una asociación inversa entre los valores de hematocrito menores de 34% (15) y la ocurrencia de parto prematuro

independiente de la edad gestacional. La relación entre anemia materna y prematuridad puede ser directa e indirecta. De significancia para el estudio la gestante con hematocrito menor del 30% o hemoglobina menor de 10.

2.4.5. **Patología Asociada al Embarazo**

Es la interurrencia de cualquier trastorno patológico que puede ocurrir en el embarazo actual, ya sea de índole sistémico, infeccioso o accidental, como por ejemplo rotura prematura de membranas, infección de tracto urinario, toxemia, traumatismo, etc., de importancia para el estudio aquella mujer que padece una o más patologías.

2.4.6. **Alteraciones Uterinas Morfológicas**

La labor del parto prematuro también está condicionada por defectos morfológicos: malformaciones uterinas, incompetencia cervical, el daño provocado por abortos inducidos o la distensión uterina excesiva. De significancia para el estudio, la mujer que presenta esta patología.

2.4.7. **Edad Materna**

Son los años cumplidos referidos por la madre en el momento de la elaboración de

la historia clínica obstétrica. De importancia para el estudio la mujer menor de 19 años ya que esta edad está mayormente asociado al trabajo de parto prematuro.

2.4.8. **Paridad**

Es el número de partos que tiene la mujer. Considerando que la encuesta ENPA en 1,981, estableció que para nuestro país el número ideal de hijos para la zona urbana es de 2.8%; de importancia para el estudio la paridad mayor de 4.

2.4.9. **Antecedente de Aborto**

El aborto consiste en la interrupción del embarazo en forma espontánea o inducida con la consiguiente expulsión del producto de la gestación. De importancia para el estudio las mujeres que tienen 3 o más abortos consecutivos.

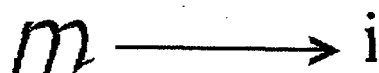
2.4.10. **Ruptura Prematura de Membranas**

Es la ruptura que se produce espontáneamente; y de importancia para el estudio toda mujer que presenta esta patología seis (06) horas antes del inicio del trabajo de parto.

III. MATERIALES Y METODOS

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal, con la finalidad de describir la relación entre las variables sometidas al estudio, en el Hospital de Apoyo Nº 2 Yarinacocha - Pucallpa, durante el período de Julio 1,994 a Junio 1,995.

El diseño que se planteó es Descriptivo Simple:



m = muestra del estudio

i = Información relevante que se quiere obtener.

Población

Nuestra población de estudio estuvo conformada por todos los partos ocurridos en el período de los cuales se extrajo una muestra representativa de estudio conformado por todos los partos pretérminos que ocurrieron en el período de estudio, las mismas

que suman 102 en total, en los cuales se trató de identificar los factores asociados a la presentación de la patología en estudio; nuestro criterio de inclusión tomado fue el parto ocurrido entre las 20-36 semanas de gestación, utilizando el muestreo no probabilístico intencionado al estudio.

Para la recolección de la información necesaria se elaboró un formato de datos; en la cual se volcó todos los datos concernientes a la paciente.

El análisis de datos se realizó en dos fases:

- * Un análisis descriptivo con referencia a los factores asociados, utilizando las medidas de tendencia central.
- * Un análisis univariante para establecer la relación de los factores, con la presencia de partos de pretérmino, y explicar, la dependencia o asociación entre las variables estudiadas, para la cual se utilizó el instrumento estadístico Ji cuadrado (χ^2), ya que nuestras variables fueron medidas en la escala nominal aceptando un nivel de significancia estadístico de $p < 0.05$. La distribución normal está representado por el valor Z como límite que es 1.96.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIONES

CUADRO 1: FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO Nº 2 YARINACocha-REGION UCAYALI-PERU. PERIODO JULIO 94 - JUNIO 95.

FRECUENCIA DE PARTOS PREMATUROS

MESES	TOTAL PARTOS	PARTOS PRETERMINO	%	1 CASO POR PARTO
JULIO	104	10	9.6	1/10
AGOSTO	100	11	11.0	1/ 9
SEPTIEMBRE	98	8	8.1	1/12
OCTUBRE	100	10	10.0	1/10
NOVIEMBRE	95	10	10.5	1/10
DICIEMBRE	108	10	9.2	1/11
ENERO	84	7	8.3	1/12
FEBRERO	80	9	11.2	1/ 9
MARZO	90	8	8.8	1/11
ABRIL	100	6	6.0	1/17
MAYO	95	8	8.4	1/12
JUNIO	102	5	4.9	1/20
TOTAL	1,156	102	100.0	1/11

$$\bar{X} = 8.5 \pm 1.83 \text{ casos}$$

El nacimiento de un niño pretérmino constituye un problema de salud pública es por eso que las acciones de todo profesional de la salud particularmente de la rama de obstetricia deben estar dirigidas a prevenir el nacimiento antes de término.

Según el Cuadro Nº 1, encontramos que el promedio de partos de pretérmino es de 8.5 ± 1.83 , lo que significa que de cada 100 partos aproximadamente 9 de ellos fueron partos de pretérmino; este mismo cuadro nos indica que durante el periodo en que se realizó este

trabajo mensualmente hay un mínimo de nacimientos prematuros de 7 y un máximo de 11, correspondiendo estas cifras al mes de Enero y a Agosto respectivamente. Contrastando con un estudio realizado a nivel nacional (18), el porcentaje de partos de pretérmino en el Hospital Materno Infantil San Bartolomé de Lima fue de 7.4%. Sin embargo CIFUENTES (6), reporta una incidencia de partos de pretérmino como promedio es de 9%, mientras que PITKIN (13) encontró una frecuencia de 6 y 8%, lo que demuestra que la incidencia encontrada en nuestro estudio se aproxima a estas cifras.

Cuando se trabajó con la frecuencia en forma general se encontró que en el Hospital de Apoyo Nº 2 de Yarinacocha el parto prematuro ocurre con una frecuencia de 1 caso por cada 11 partos; siendo la mayor frecuencia los meses de Agosto 94 y Febrero 95 de 1 caso por cada 9 partos la frecuencia mínima correspondió al mes de Junio con 1 caso por cada 20 partos.

La población de Yarinacocha es aproximadamente de 39,977 habitantes, según el último Censo de Población y Vivienda realizado en 1,993.

CUADRO 2: FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO Nº 2 YARINACocha-REGION UCAYALI-PERU. PERIODO JULIO 94 - JUNIO 95.

RELACION CON LOS FACTORES SOCIOLOGICOS

FACTOR SOCIOLOGICO	P P T	
	Nº	%
<u>EDAD MATERNA</u>		
12 - 16 años	25	24.5
17 - 21 años	28	27.4
22 - 26 años	12	11.8
27 - 31 años	8	7.8
32 - 36 años	14	13.8
37 - 41 años	15	14.7
<u>GRADO DE INSTRUCCION</u>		
- Analfabeta	3	2.9
- Primaria	44	43.3
- Secundaria	49	48.0
- Superior	6	5.8
<u>OCUPACION</u>		
- Estudiante	2	1.9
- Su casa	97	95.2
- Comerciante	3	2.9
<u>ESTADO CIVIL</u>		
- Soltera	22	21.6
- Conviviente	68	66.6
- Casada	12	11.8
<u>PROCEDENCIA</u>		
- Urbana	99	97.2
- Urbano-Marginal	2	1.9

La edad promedio de nuestras pacientes sometidas al estudio fue de 24 años. Encontramos que el mayor número de casos de partos de pretérmino se da en gestantes menores de 21 años y mayores de 32 años, lo que

representa el 80.4%, mientras que VELA (19) en 1,985 en un estudio realizado en el Hospital Regional "Víctor Lazarte Echegaray" IPSS-Trujillo, reporta que el mayor número de casos de partos de pretérmino ocurrieron entre las edades de 20 a 30 años, en cambio MENDOZA (14) encontró que el mayor porcentaje de partos de pretérmino correspondió a las edades de 15 a 30 años con un 74.15%. CASTILLO, G. (25) en Lima reporta que la edad promedio de la madre fue 29.5 años; sin embargo en un estudio realizado por MENDOZA, J. (14), encontró una edad promedio de 28 años.

Al utilizar la distribución normal con un nivel de significancia del 5%, ($\chi^2 = 0.41$, $p = 0.01 + 479$), ($Z = 4.2$), encontramos que la edad menor de 21 años, es un factor asociado a la prematuridad, con lo que corroboramos una vez más que se debe educar a la adolescente para que ésta tome en cuenta y prevenga el embarazo hasta una edad óptima.

Referente al grado de instrucción, el mayor porcentaje ocupan las mujeres con grado de instrucción secundaria (48.0%) seguido por la primaria (43.3%), resultado que se explica porque el Hospital atiende en su mayor porcentaje a pacientes de la zona urbana. Aplicando la prueba Chi cuadrado ($\chi^2 = 0.353$, $p = 0.55215$) ($Z = 1.1$), para establecer la relación entre el grado de instrucción y la prematuridad, se encontró que no existe

una diferencia significativa; es decir que el analfabetismo no tiene asociación significativa con la prematuridad, dato diferente al reporte de VIVAR (26), quien reporta que el nivel educativo bajo está asociado a la prematuridad.

En cuanto a la ocupación, prima la variedad ama de casa con un 95.2%; estudiante y comerciante ocupan un mínimo porcentaje, también la aplicación de la distribución normal ($\chi^2 = 0.14$, $p = 0.00475$), ($Z = 0.79$) nos determinó que existe diferencia estadísticamente significativa por lo tanto la ocupación ama de casa se convierte en un factor asociado a la prematuridad, dato diferente a lo reportado por VIVAR (26), quien no encontró a la ocupación como un factor asociado pues nuestros resultados quizá se deba a que la ocupación está muy relacionada con el nivel educativo, los cuales directamente influyen en el cuidado que la madre tiene durante su embarazo.

En cambio su estado civil conviviente se encuentra en mayor porcentaje (66.6%), seguido por el estado civil soltera con 21.6%, aplicando la prueba de distribución normal ($\chi^2 = 2.25$, $p = 0.05$) ($Z = 1.45$), se encontró que existe una diferencia altamente significativa con relación al estado civil soltero y la presencia de prematuridad lo que significa que el estado civil soltera es un factor asociado al parto prematuro,

resultado que coincide con VIVAR (26), quien también encontró que el estado civil soltera es un factor asociado a la prematuridad.

La procedencia que mayor porcentaje ocupa corresponde al urbano con 97.2%, como ya se dijo anteriormente que el Hospital donde se realizó el estudio, está ubicado en una zona urbana.

Con estos resultados demostramos que la mayoría de los factores sociobiológicos estudiados están asociadas al parto prematuro.

CUADRO 3: FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO Nº 2 YARINACOA-REGION UCAVALI-PERU. PERIODO JULIO 94 - JUNIO 95.

PERIODO INTERGENESICO

PERIODO INTERGENESICO (AÑOS)	P P T	
	Nº	%
- 1 - 2 año	46	69.7
- 3 - 4 años	14	21.2
- 5 - 6 años	5	7.6
- 7 8 años	1	1.5
T O T A L	66	100.0

* 36 primigestas no están incluidas en este Cuadro.

El Cuadro Nº 3 nos muestra que el período intergenésico promedio encontrado fue de 1.3 años, con una desviación standart ± 0.95 , con un rango de 1-8 años; estos valores nos preocupan de sobremanera porque de 1-3 años es un período intergenésico de mucho riesgo y como consecuencia acarrea una serie de complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio y en el recién nacido una serie de secuelas, aumentando la morbilidad; ya que el período intergenésico aceptable es mayor de 2 años; siendo el período intergenésico de 1.2 años con 69.7%, al aplicar la prueba de Chi cuadrado se encontró que este resultado es altamente significativo ($P < 0.001$), es decir que el período intergenésico menor de 2 años es un factor asociado al parto prematuro; dato que coincide con la

bibliografía consultada (5), (26), (27), quienes también consideran al período intergenésico corto como un factor asociado a la prematuridad.

CUADRO 4: FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO Nº 2 YARINACocha-REGION UCAYALI-PERU. PERIODO JULIO 94 - JUNIO 95.

ANTECEDENTES DE PARIDAD

ANTECEDENTES DE PARIDAD	P P T	
	Nº	%
0	43	42.4
1 - 2	10	9.8
3 - 4	12	11.7
5 - 6	16	15.6
7 - 8	9	8.8
9 - 10	12	11.7
T O T A L	102	100.0

R = 0 - 10

$\bar{X} = 1.3$

El mayor porcentaje lo ocupan las nulíparas con un 42.4%; siendo la paridad promedio de 1.3 hijos por mujer con un rango que oscila entre 0-10 \pm 1.2; resultados muy diferentes a lo reportado por MENDOZA (14); q u i e n encontró un 35% para las primíparas y un 32.2% para las multíparas y gran multíparas 32%; igual VELA (19); reporta un 59.9% para las multíparas; aplicando la prueba de Chi cuadrado se encontró un resultado muy significativo, es decir la multiparidad en nuestro estudio no es un factor asociado al parto prematuro.

CUADRO 5: FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO Nº 2 YARINACOA-REGION UCAVALI-PERU. PERIODO JULIO 94 - JUNIO 95.

ANTECEDENTES MATERNOS

ANTECEDENTES MATERNOS	P P T	
	Nº	%
Aborto	38	37.3
Anemia	16	15.8
Parto pretérmino	16	15.8
ITU	10	9.8
Natimuerto	7	6.8
Cesárea anterior	6	5.8
RFM - 24 -	6	5.8
Embarazo gemelar	3	2.9
T O T A L	102	100.0

En el presente Cuadro encontramos que la patología más frecuente encontrada corresponde al aborto con 37.3%, y en segundo lugar la anemia y el parto pretérmino con 15.8% cada uno, pues todos estos antecedentes de cierta manera son considerados como factores de riesgo para el parto pretérmino y como lo afirma BACHERER (8), que el aborto, anemia, parto prematuro previo, las infecciones del tracto urinario y la rotura prematura de membranas como antecedentes predisponentes al parto pretérmino.

De hecho que el antecedente de parto pretérmino se relaciona con la presencia del mismo.

Todos estos datos coinciden con VIVAR (26), quien

encontró resultados similares a los de BACHERER (8).

Con la distribución, los resultados de mayor significancia estadística corresponden a los antecedentes de aborto, anemia y parto de pretérmino.

CUADRO 6: FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO Nº 2 YARINACOA-REGION UCAYALI-PERU. PERIODO JULIO 94 - JUNIO 95.

CONTROL PRENATAL

CONTROL PRENATAL	P P T	
	Nº	%
0	56	54.9
1 - 2	12	11.8
3 - 4	15	14.8
5 - 6	5	4.9
7 - 8	6	5.8
9 - 10	8	7.8
T O T A L	102	100.0

$$\bar{X} = 2.14$$

Observamos que 56 mujeres (54.9%) refieren que no tuvieron control prenatal. Se encontró un promedio de 2.14 controles y con una desviación standart de ± 1.95 .

Según KIZER (28); VELA, J. (19); CIFUENTES (6); la falta de controles prenatales en las gestantes, influye significativamente en la repercusión del parto de pretérmino, lo cual coincide con lo estimado en nuestro estudio; ya que aplicando la prueba de Chi cuadrado se encontró una diferencia altamente significativa $p < 0.004$; es decir que la ausencia de controles prenatales es un factor asociado a la prematuridad; esto se sobreentiende porque la gestante que no acude a su control prenatal no está orientada sobre los riesgos y complicaciones que se pueden desencadenar durante la gestación y menos aún se puede detectar algún factor de riesgo a tiempo.

CUADRO 7: FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO Nº 2 YARINACOA-REGION UCAVALI-PERU. PERIODO JULIO 94 - JUNIO 95.

EDAD GESTACIONAL

EDAD GESTACIONAL (SEMANAS)	P P T	
	Nº	%
28 - 32	25	24.6
33 - 36	77	75.4
T O T A L	102	100.0

\bar{X} = 34.2 semanas

En el presente Cuadro apreciamos que la edad promedio en que ocurrieron los partos prematuros fue de 34.2 semanas y con una desviación standart de \pm 3.28, aclarando que no se presentaron partos con edad gestacional menor de 28 semanas; el mayor porcentaje lo ocupa el intervalo entre 33-36 semanas con 75.4%; dato superior a lo encontrado por BACHERER (8), quien reporta una edad promedio de 30 semanas; igual KIZER (28), encontró 33 semanas como promedio, mientras que en Lima en el Hospital San Bartolomé se encontró 31.9 semanas como promedio. Todo esto nos lleva a recomendar que cuanto más se aplaze el parto sin correr riesgo para el feto y la madre, es mejor, ya que se evitará una serie de complicaciones que acompañarán al recién nacido, con un elevado gasto económico para la familia y la sociedad.

CUADRO 8: FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO Nº 2 YARINACOA-REGION UCAVALI-PERU. PERIODO JULIO 94 - JUNIO 95.

PATOLOGIA ASOCIADA AL EMBARAZO

PATOLOGIA ASOCIADA AL EMBARAZO	P P T		SIGNIFICAN.
	Nº	%	
R.P.M.	25	24.5	(p < 0.014)
I T U	15	14.7	p < 0.028
Hemorragia 3cer Trimestre	13	12.7	(p < 0.049)
Embarazo gemelar	5	4.9	N.S.
Eclampsia	4	3.9	N.S.
Malformaciones congénitas	3	2.9	N.S.
Sin patología	37	36.4	N.S.
T O T A L	102	100.0	

En el Cuadro observamos que la patología asociada con mayor frecuencia es la ruptura prematura de membranas (24.5%) y con una probabilidad de $p < 0.014$, seguido por la infección del tracto urinario y la hemorragia del tercer trimestre; los tres son significativos, en cambio la eclampsia, las malformaciones congénitas no resultaron significativas, dato que coincide con los obtenidos por OVALLE (15), quien encontró a la rotura prematura de membranas, infección del tracto urinario y hemorragia del tercer trimestre como factores asociados a la prematuridad; mientras que VELA (19) y VIVAR (26), reportaron una asociación significativa con rotura prematura de membranas, infección del tracto urinario y el embarazo gemelar.

Observamos que un 36.4% no presentan ninguna patología asociada, lo que nos lleva a afirmar la coincidencia con la literatura revisada (4), que refiere que la etiología del parto prematuro es difícil determinar.

Las malformaciones congénitas que se presentaron fueron; dos casos de anencefalia y un caso de síndrome de Down.

CUADRO 9: FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN EL
HOSPITAL DE APOYO Nº 2 YARINACocha-REGION
UCAYALI-PERU. PERIODO JULIO 94 - JUNIO 95.

TIPO DE PARTO

T I P O D E P A R T O	P P T	
	Nº	%
VAGINALES	79	77.5
- Espontáneos	57	72.2
- Estimulado	20	25.3
- Inducido	2	2.5
ABDOMINALES	23	22.5
T O T A L	102	100.0

De 79 partos vaginales (77.5%), el 72.2% fueron espontáneos; se encontró un mínimo porcentaje de partos inducidos; los cuales presentaron complicaciones de rotura prematura de membranas prolongado.

También se encontró 23 partos abdominales (22.5%), siendo la indicación de ésta vía: desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, sufrimiento fetal agudo, ruptura prematura de membranas, embarazo múltiple.

AGUERO (29); reporta una frecuencia de cesáreas de 14.4% en los partos de pretérmino; sin embargo PACHECO (16); reporta una cifra superior de 29% de partos abdominales.

Al aplicar la distribución Chi cuadrado a un nivel de significancia del 5%, se encontró una diferencia altamente significativa, es decir el tipo de parto que predomina es el vaginal.

CUADRO 10: FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO Nº 2 YARINACocha-REGION UCAYALI-PERU. PERIODO JULIO 94 - JUNIO 95.

CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO

CARACTERISTICAS DEL RECIEN NACIDO	F P T	
	Nº	%
<u>SEXO</u>		
Femenino	59	55.1
Masculino	48	44.9
<u>PESO DEL RECIEN NACIDO</u>		
1000 - 1200	6	5.8
1200 - 1400	8	7.8
1400 - 1600	6	5.8
1600 - 1800	7	6.9
1800 - 2000	15	14.7
2000 - 2200	15	14.7
2200 - 2400	35	34.5
2400 - 2600	10	9.8
<u>APGAR 1'</u>		
7 - 10	66	61.6
4 - 6	16	14.9
1 - 3	12	11.3
OBITOS	13	12.2
<u>APGAR 5'</u>		
7 - 10	79	73.8
4 - 6	10	9.4
1 - 3	5	4.6
OBITOS	13	12.2
T O T A L	107	100.0

- * Promedio de Peso = 2,000 ± 466.4 g
- * Promedio de Apgar a 1' = 7.1
- * Promedio de Apgar a 5' = 7.8
- * Son 107 recién nacidos por que se presentaron 5 embarazos gemelares.

Encontramos una ligera predominancia del sexo femenino (55.1%), resultado diferente al encontrado por

MENDOZA (14) y CASTILLA (25), quienes encontraron un mayor porcentaje para el sexo masculino con 74.5% y 51.5% respectivamente; de cierta manera el sexo del recién nacido no está considerado como factor asociado a la prematuridad; pues su frecuencia es espontánea e indeterminada (27).

Con referencia al peso del recién nacido el promedio encontrado fue de 2,000 g., con un rango de 1,000-2,600 g., cifra muy superior a los reportes de OVALLE (15), quien refiere un rango entre 500-1,499 g. Pues esto se justifica ya que en el estudio no se ha encontrado mujeres con menos de 27 semanas de embarazo por lo que no se tuvo pesos muy inferiores; de igual manera MENDOZA (14), encontró un peso promedio de 1,751 g. Cabe anotar que el peso del recién nacido es muy importante ya que éste determina el grado de morbilidad perinatal; de ahí la importancia de tratar por todos los medios posibles de posponer el embarazo hasta una edad gestacional óptima.

De acuerdo al Apgar al minuto, el mayor porcentaje (61.6%) nacieron con un Apgar óptimo y sólo el 26.2% cursó con algún grado de asfixia, los mismos que se recuperaron en casi un 50% dentro de los cinco minutos; dato coincidente con MOREL (30), quien también reporta que los neonatos que nacieron entre las 28-33 semanas, el 43% de ellos tenían un Apgar más de 7 al minuto; lo

que nos lleva a afirmar que el Apgar del recién nacido está directamente relacionado al peso y edad gestacional.

CUADRO 11: FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO Nº 2 YARINACocha- REGION UCAYALI-PERU. PERIODO JULIO 94 - JUNIO 95.

MORBILIDAD

M O R B I L I D A D	P P T	
	Nº	%
Asfixia	28	29.8
Sepsis	13	13.8
Aspiración meconial	3	3.2
Ictericia	2	2.1
Sin morbilidad	48	51.1
T O T A L	94	100.0

* 13 recién nacidos fueron óbitos

De los 94 recién nacidos vivos, el 29.8% presentaron asfixia, seguido por 13.8% que presentaron sepsis, en menor frecuencia encontramos a la aspiración meconial y a la ictericia. Encontramos que la tasa específica de morbilidad en los recién nacidos fue de 48.9%.

Si comparamos las causas de morbilidad con otros estudios, encontramos que, KIZER (28), en Venezuela, considera como causa de morbilidad más frecuentes a la sepsis y a la ictericia. WELDT (23), en Chile, encontró a la ictericia, síndrome de dificultad respiratoria; mientras que SILVA (17), encontró en primer lugar a la enfermedad de membrana hialina y la sepsis, pues como observamos nuestros resultados son coincidentes con los encontrados en otros estudios.

CUADRO 12: FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO Nº 2 YARINACocha-REGION UCAYALI-PERU. PERIODO JULIO 94 - JUNIO 95.

MORTALIDAD

M O R T A L I D A D	P P T	
	Nº	%
Asfixia	10	9.3
Sepsis	10	9.3
Aspiración meconial	5	4.7
Malformaciones congénitas	2	1.9
Sin mortalidad	80	74.8
T O T A L	107	100.0

En este Cuadro observamos que las causas de mortalidad son la asfixia y la sepsis con 9.3% para cada uno. La mortalidad específica por prematuridad es de 25.2%.

ARCAY (31), señala que las causas más frecuentes de mortalidad fueron las sepsis y malformaciones congénitas; mientras que MENDOZA (14), encontró que la mortalidad específica por prematuridad fue de 40.6%; en cambio WELDT (23), reporta un 62% y ESCOBEDO (32), un 13%; como observamos todos nuestros resultados coinciden de cierta manera con los estudios realizados con referencia al tema.

V. CONCLUSIONES

1. La frecuencia de prematuridad es de 1 parto prematuro por cada 11 partos.
2. Los factores asociados significativos a la prematuridad encontrados fueron:
 - Edad materna, menor de 21 años, ($p < 0.01$).
 - Ocupación materna, ama de casa, ($p < 0.01$).
 - Estado civil, soltera, ($p < 0.05$).
 - Período intergenésico, ≤ 2 años, ($p < 0.01$).
 - Anemia materna, ($p < 0.05$).
 - Antecedentes de aborto y partos de pretérmino, ($p < 0.05$).
 - Embarazo concomitante con rotura prematura de membranas, infección del tracto urinario y hemorragia del tercer trimestre, ($p < 0.05$).
3. La tasa específica de morbilidad neonatal fue de 48.9%.
4. Las causas más frecuentes de morbilidad y mortalidad perinatal fueron la asfixia y la sepsis.
5. La tasa específica de mortalidad perinatal fue de 25.2%.
6. No hubo muertes maternas.

VI. RECOMENDACIONES

1. Para disminuir la frecuencia de partos pretérmino se debe elevar las condiciones socio-económicas de la población, establecer políticas de salud encaminadas a incrementar el número de controles prenatales y fomentar la atención en pacientes de riesgo.
2. Determinación de riesgo de prematuridad en la primera consulta del control prenatal, identificando y tratando los condicionantes.
3. Capacitación al personal sobre prematuridad y la importancia de la intervención temprana, incidiendo en el tratamiento de la anemia y otras infecciones.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. SALUD PUBLICA PERINATAL. Ministerio de Salud. Tomo I. Lima-Perú. 1990.
2. MINISTERIO DE SALUD. Jornada Nacional de Salud Perinatal. Lima-Perú. 1991.
3. BOTERO, J.; JUBIZ, H. Obstetricia y Ginecología. Cuarta Edición. Edit. CARBAJAL S.D. Colombia, pág. 86. 1990.
4. RUSH y col., Parto de Pretérmino-Farmacología Clínica en Obstetricia. Primera Edición. Editorial Médica Panamericana S.A., Buenos Aires-Argentina. Pág. 165. 1986.
5. NISWANDER K., R. Manual de Obstetricia-Diagnóstico y Tratamiento. Segunda Edición. Pág. 281. 1987.
6. CIFUENTES, R. Obstetricia de Alto Riesgo. Segunda Edición. Cali-Colombia. Pág. 113. 1987.
7. PRITCHARD, J.; MC DONALD, P. William's Obstetricia. 35a Edición. Editorial SALVAT. Mallorca-España. Pág. 723. 1986.
8. BACHERER, G. El Neonato con un Peso de 1500 gramos y Menos. Bol. Cient. Cene Trop. 11 (1), 31-34. Santa Cruz-Bolivia. 1986.
9. LOPEZ, G. Consideraciones sobre la Gemelaridad. Santiago de Chile; pág. 65. Vol. 10. 1988.
10. GOMEZ G., M. Morbimortalidad en un Servicio de Neonatología. Bol. Méd. Hosp. Infant. México; 43 (5): 294-9. 1986.
11. GOMEZ R., O. Repercusiones de la Rotura Prematura de Membranas en el Recién Nacido de Parto Eutócico. Hospital Docente de Ica. XIV Congreso de Pediatría y Cursos Internacionales. Tacna-Perú. Pág. 42. 1989.
12. MOSCONA, R. Estudio de la Mortalidad Neonatal. Arch. Argentino. Pediatr., 83(6): 307-12. 1985.
13. PITKIN, R. Art. Prematuridad en Rev. Clínica e Investigación en Ginecología y Obstetricia. Vol. 19 Nº 10, Madrid-España, pág. 480. 1992.

14. MENDOZA, J. Estudio Epidemiológico de Prematuridad. Hospital General de Tarapoto. 1971-1980. XIV Congreso Peruano de Pediatría y Cursos Internacionales. Tacna-Perú. Pág. 16. 1986.
15. OVALLES, A. Etiología del Parto de Pretérmino y Mortalidad Perinatal. Rev. Chil. Obstetricia-Ginecología; 55(5): 317-26. 1990.
16. PACHECO, J. Características Clínicas Materno Fetales en la Prematuridad y el Retardo del Crecimiento. Ginecología-Obst., 30(2): 43-9. 1990.
17. SILVA R., P.; MONTENEGRO, H. Riesgo Materno Perinatal en Gestantes de 35 Años y Más. Cuad. Méd. Santiago de Chile; 27(4): 137-43. 1986.
18. RAMOS, U. Estudio de 111 Recién Nacidos de Madres con Rotura Prematura de Membranas. Hospital Materno Infantil San Bartolomé - Lima. Pág. 78. 1988.
19. VELA, J; PELAEZ, R. Algunos Factores Condicionantes de Prematuridad. Hospital Regional "Victor Lazarte"-IPSS. Trujillo. Pág. 52. 1988.
20. YOSHIDA, H; MENDOZA, A. Estudio Sobre el Recién Nacido de Peso Sub-Normal. Gaceta Médica, México. 118(3). p. 4. 1982.
21. MORAN H., O. Bajo Peso al Nacer y Morbimortalidad Perinatal. Ces. Méd. 3(1): 25-9. Medellín-Colombia. 1990.
22. RIOS B., C. El Hijo de la Adolescente. Rev. Hosp. del Niño. Panamá; 9(2): 76-81. 1990.
23. WELDT, E; ALARCON, J. Morbilidad y Mortalidad de Recién Nacidos Prematuros. Rev. Pediátrica. Chile. 55(5):30. 1984.
24. VARGAS M., H. Factores de Riesgo en la Membrana Hialina. Rev. Costa Rica. Cienc. Méd.; 6(3): 122-5. 1985.
25. CASTILLA, G. Prematuridad. Hospital Marterno Infantil "San Bartolomé" - Lima. Pág. 102. 1989.

26. VIVAR M., H. **Labor Prematura.** Rev. Niños Nº 8. 1989. p. 28.
27. PEREZ S., A. **Obstetricia.** Segunda Edición. Editorial Mediterráneo. Santiago-Chile. Pág. 381. 1992.
28. KIZER, S; MORENO, C. **Mortalidad Perinatal Institucional.** Rev. Obstetricia y Ginecología. Venezuela. 45(2). p. 104. 1988.
29. AGUERO, O. **Prematuros.** Rev. Obstetricia y Ginecología. Venezuela. 48(4). p. 9. 1988.
30. MOREL, A. **Morbilidad con los Recién Nacidos Pretérminos de Madres con Rotura Prematura de Membranas.** Rev. Médica. Repub. Dominicana. 54(1). 1993.
31. ARCAY, G. **Morbimortalidad Perinatal.** Hospital Central de Valencia. Rev. Obst. y Ginecología. Venezuela. 45(4). p. 95. 1990.
32. ESCOBEDO A., S; GOMEZ V., A. **Factores Pronósticos de Mortalidad Hospitalaria en Recién Nacidos Prematuros.** Rev. Saude Publica. 26(6): 369-78-1992. Presentado en Congreso Brasileiro de Epidemiología.

VIII. A N E X O S

A N E X O 1

FORMATO DE INVESTIGACION

FECHA: # HISTORIA CLINICA:

HORA :

NOMBRE:.....

I. DATOS MATERNOS

Edad años

Peso Kg.

1. GRADO DE INSTRUCCION

Analfabeta
Primaria
Secundaria
Superior

5. RAZA

Mestiza
Negra
Blanca

2. OCUPACION

Su casa
Campesina
Emplead. Púb.
Estudiante
Otro

6. PARIDAD

Primípara
2 - hijos
Más de 5 hijos

3. ESTADO CIVIL

Soltera
Conviviente
Casada

7. PERIODO INTERGENESICO

Menor de 2 años
2 - 5 años
Más de 5 años

4. PROCEDENCIA

Urbana
Urbano-marginal
Rural

8. CONTROL PRE NATAL

Sin control
1 a 4 controles
5 a más controles

9.	<u>EDAD GESTACIONAL</u>	D.P.P.	.....
	< 27 semanas	P.P.	.....
	28 - 32 semanas	Amenaza de aborto	.....
	33 - 36 semanas	Anemia moderada-severa	.....
10.	<u>ANTECEDENTES MATERNOS</u>	Desnutrición	.....
	Aborto	Vaginitis	.....
	Natimuerto	Incompatibilidad cervical	.....
	Inmaduro	Anomalías congénitas de útero	.....
	Prematuro	Relaciones sexuales	.....
	Muerte neonatal	Otros	.....
	Obito		
	Malformación cong.		
	Rh-	12. <u>RECIBIO TTO DE TOCOLISIS (S)</u>	
	Embarazo múltip.	Si	.....
	Hidramnios	No	.....
	Cesárea anterior	Qué sustancias	.....
	Anemia	.....
	Enfermedad renal	.....
	Toxoplasmosis	.....
	Diabetes	.....
	Otros (especifique)	13. <u>TRABAJO DE PARTO (S)</u>	
11.	<u>PATOLOGIA ASOCIADA AL EMBARAZO</u>	Espontáneo	.....
	Infección del tracto urinario	Estimulado	.....
	R.P.M.	Conducido	.....
	Polihiidramnios		

14. PATOLOGIA INCURRENTE
DEL PARTO (S)

Hemorragias
Toxemia
R. prolongada de
membranas
S.A.F.
Distocias de
parto
Corioamnionitis
Sin patología
Otros

Neumonía del R.N.
Sepsis
Aspiración
mecomial
Malformación
congénita
Hiperbilirrubinemia
Otros
Especifique:
.....
.....

15. TIPO DE PARTO (S)

Eutócico
Distócico
Instrumentado

16. COMPLICACIONES
ASOCIADAS

Endometritis
Desgarro II-III.....
Natimuerto
Muerte
perinatal
Asfixia
S.D.R.
Ictericia
Infección
neonatal

APLICACION DE LA DISTRIBUCION χ^2 :
PRUEBA DE BONDAD DE AJUSTE

A N E X O 2

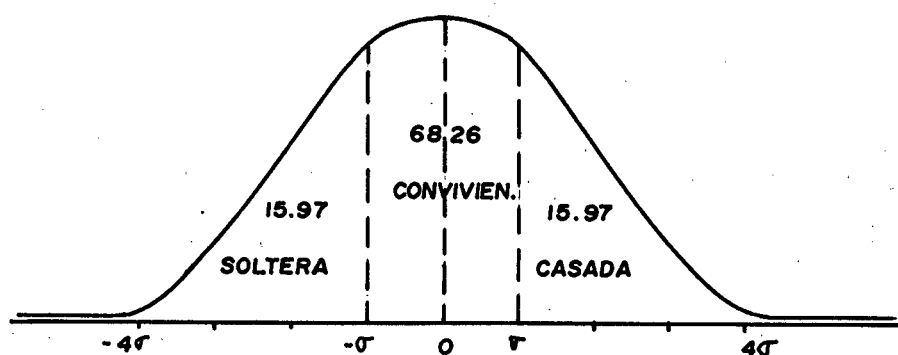
FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO Nº 2 YARINACOA-REGION UCAYALI-PERU. PERIODO JULIO 94 - JUNIO 95.

ESTADO CIVIL DE LAS GESTANTES

ESTADO CIVIL	FRECUENCIAS		χ^2
	O ₁	E ₁	
SOLTERA	22	16	2.25 *
CONVIVIENTE	68	70	0.05
CASADA	12	16	1.00
T O T A L	102	102	

* Símbolo de significancia.

Para encontrar las frecuencias observadas se utiliza la distribución normal, bajo este supuesto las áreas para cada estado civil se encuentran según la tabla de la distribución de probabilidad para áreas bajo la curva, así la área central corresponderá a conviviente, las otras áreas están a ambos lados según la siguiente gráfica.



Luego se aplica la distribución Chi cuadrado para cada caso y con el nivel de significancia apropiado encontramos la significancia.

Al observar el Cuadro, se aprecia que el estado civil soltera presenta diferencia significativa lo que implica que es un factor asociado al parto pretérmino.

A N E X O 3

FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO Nº 2 YARINACOA-REGION UCAYALI-PERU. PERIODO JULIO 94 - JUNIO 95.

PERIODO INTERGENESICO

PERIODO INTERGENESICO (AÑOS)	FRECUENCIAS		X ²
	OBSERVADAS	ESPERADAS	
1 - 2	46	28	11.57 **
3 - 4	14	31	9.32 *
5 - 6	5	7	0.57
7 - 8	1	0	0.00
T O T A L	66	66	

* Significativo

** Altamente significativo

El periodo intergenésico de 1-2 años es altamente significativo al 5%, luego, el periodo intergenésico menos de 2 años es un factor asociado al parto pretérmino.

A N E X O 4

FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO Nº 2 YARINACOA-REGION UCAYALI-PERU. PERIODO JULIO 94 - JUNIO 95.

ANTECEDENTES DE PARIDAD

ANTECEDENTES DE PARIDAD	FRECUENCIAS		X ²
	OBSERVADAS	ESPERADAS	
0	43	19	30.31 **
1 - 2	10	19	4.26 *
3 - 4	12	23	5.26 *
5 - 6	16	20	0.80 N.S.
7 - 8	9	13	1.23 N.S.
9 - 10	12	8	2.00 N.S.
T O T A L	102	102	

N.S. No Significativo

* Significativo

** Altamente significativo

A N E X O 5

FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO Nº 2 YARINACOA-REGION UCAYALI-PERU. PERIODO JULIO 94 - JUNIO 95.

CONTROL PRE-NATAL

CONTROL PRE-NATAL	FRECUENCIAS		X ²
	OBSERVADAS	ESPERADAS	
0	56	28	28.00 **
1 - 2	12	24	6.00 *
3 - 4	15	25	4.00 *
5 - 6	5	17	8.47 *
7 - 8	5	6	0.17 N.S.
9 - 10	8	2	18.00 *
T O T A L	102	102	

N.S. No Significativo

* Significativo

** Altamente significativo

La ausencia de control pre-natal es un factor altamente significativo, o éste factor está asociado a la prematuridad.

A N E X O 6

FACTORES ASOCIADOS A LA PREMATURIDAD EN EL HOSPITAL DE APOYO Nº 2 YARINACocha-REGION UCAYALI-PERU. PERIODO JULIO 94 - JUNIO 95.

TIEMPO DE PARTO

TIEMPO DE PARTO	FRECUENCIAS		X ²
	OBSERVADAS	ESPERADAS	
Vaginal			
- Espontáneo	57	56.25	0.010 N.S.
- Estimulado	20	19.45	0.016 N.S.
- Inducido	2	2.25	0.026 N.S.
Abdominal	23	24.05	0.045 N.S.
T O T A L	102	102.00	

N.S. No Significativo

No se encontró significancia lo que implica que no hay una asociación entre el parto pretérmino y el tipo de parto.

A N E X O 7

TASA ESPECÍFICA DE MORTALIDAD POR EDAD

$$\text{T.M. edad} = \frac{\# \text{ defunciones de una edad}}{\text{Población de dicha edad}} \times 100$$

A N E X O 8

TASA ESPECÍFICA DE MORBILIDAD POR EDAD

$$\text{T.M. edad} = \frac{\# \text{ de enfermos de una edad}}{\text{Población de dicha edad}} \times 100$$

A N E X O 9

HIPOTESIS DE TRABAJO

CUADRO 2

Las mujeres menores de 21 años, analfabetas y con primaria, amas de casa, solteras, viudas y divorciadas, tienen mayor probabilidad de presentar un parto de pretérmino que los otros grupos etáreos, tales como las de secundaria, superior, otras ocupaciones, casadas y convivientes.

CUADRO 3

Gestantes con período intergenésico menor de 2 años,

tienen mayor probabilidad de presentar parto prematuro, que aquellas que tienen un período intergenésico mayor de 2 años.

CUADRO 4

Las gestantes con más de 4 partos, tienen mayor riesgo de cursar con parto pretérmino que las gestantes con uno a tres partos previos.

CUADRO 5

La presencia de cualquier antecedente patológico de la gestante, incrementa la probabilidad de cursar con parto pretérmino que la gestante sin ningún antecedente.

CUADRO 6

La ausencia de controles prenatales incrementa el riesgo de la presentación de partos prematuros, que aquellas que tienen más de cuatro controles prenatales.

CUADRO 8

La presencia de cualquier patología asociada al embarazo, incrementará el riesgo de parto prematuro, más que en aquellas que no presentan ninguna patología.

CUADRO 9

Los partos vaginales son más frecuentes en los partos prematuros, que los abdominales.

A N E X O 10

ANEMIA MATERNA

ANEMIA MATERNA	Nº	%
Anemia Leve (30 - 32%)	5	31.3
Anemia Moderada (26 - 29%)	8	50.0
Anemia Severa (22 - 25%)	3	18.7
T O T A L	16	100.0

A N E X O 11

PESO MATERNO

PESO MATERNO (Kg)	Nº	%
45 - 49	20	19.7
50 - 54	23	22.6
55 - 59	19	18.6
60 - 64	18	17.6
65 - 69	13	12.7
70 - 74	4	3.9
75 - 81	5	4.9
T O T A L	102	100.0

$$\bar{X} = 57.8 \text{ Kg}$$

$$R = 45 - 80.3 \text{ Kg}$$

